微生物検査(保存試験)依頼書 兼 受託確認書

業務約款に基づき、下記の通り業務を発注します。*(*業務約款は弊社WEBでご確認ください)*

発送日	年　月　日	発送(持ち込み)時の温度	□ 常温　□ 冷蔵　□ 冷凍
貴社名		ご担当者	
部署名		E-mail	
ご住所	〒		
TEL		FAX	

報告書宛名（依頼者と異なる場合）			
送付先	〒		
TEL		FAX	

請求書宛名（依頼者と異なる場合）			
送付先	〒		
TEL		FAX	

指定保管温度	℃	検体返却（着払い）	□ 希望	結果連絡	□FAX　□メール

ご依頼の目的　□ 表示確認　□ 品質管理　□ クレーム処理　□ 研究開発　□ その他（　　）

検体名	検体識別記号（ロットNo.等）	重量

検査実施日	検査項目						
	一般生菌数	大腸菌群	黄色ブドウ球菌	大腸菌(E.coli)			
月　日（　日目）	□	□	□	□	□	□	□
月　日（　日目）	□	□	□	□	□	□	□
月　日（　日目）	□	□	□	□	□	□	□
月　日（　日目）	□	□	□	□	□	□	□
月　日（　日目）	□	□	□	□	□	□	□
月　日（　日目）	□	□	□	□	□	□	□
月　日（　日目）	□	□	□	□	□	□	□
月　日（　日目）	□	□	□	□	□	□	□

特記事項（検体内容の詳細、検査に関する指示事項、その他ご要望等ご記入ください。）：

上記内容にて受託確認しました

受託確認印

ビューローベリタスエフイーエーシー株式会社 検査部
〒699-0817　島根県出雲市湖陵町板津1番地　TEL 0853-43-3638　FAX 0853-43-1677

社内処理用欄								
受付日	/　/	受付温度帯	常温	冷蔵	冷凍	受付番号	受付担当者	区分責任者